

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919

N. 38

— **THÈSE** —
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Arsène ANDROUTSELLIS**

Né le 11 avril 1894 à Corfou (Grèce).
Externe en premier des hôpitaux de Paris

LA MÈCHE D'APPEL
DANS LE TRAITEMENT
DE LA
PÉRITONITE APPENDICULAIRE LOCALISÉE

Président : M. BROCA, professeur.

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
36, RUE SERPENTE, 36

—
1919

38

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919

— **THÈSE** —

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Arsène ANDROUTSELLIS**

Né le 11 avril 1894 à Corfou (Grèce).

Externe en premier des hôpitaux de Paris

LA MÈCHE D'APPEL

DANS LE TRAITEMENT

DE LA

PÉRITONITE APPENDICULAIRE LOCALISÉE



Président : M. BROCA, professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

36, RUE SERPENTE, 36

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. ROGER.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	LEJARS.
Histologie.	LETULLE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	AUG. BROCA.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	N.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	DEBOVE.
	WIDAL.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Maladies des enfants.	HUTINEL.
Clinique des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies mentales	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE.
	PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale.	QUENU.
	N.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
	BAR.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	RIBEMONT-DES-
	SAIGNES.
	N.
Clinique gynécologique.	KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile	A. ROBIN.
Clinique thérapeutique	MARFAN.
Hygiène et clinique de la première enfance.	

Agrégés en exercice.

MM.			
ALGLAVE	GUILLAÏN	LÉRI	RICHAUD
BERNARD	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET (ANDRÉ)	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	LABBÉ (HENRI)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LAIGNEL-LAVAS-	MULON	SCHWARTZ (A.
CASTAIGNE	TINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHIERY	VILLARET
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GUENIOT	LEREBoullet	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

1912-1919

M. LE D^r CHEVASSU

M. LE D^r HIRTZ (*in memoriam*).

M. LE D^r CAUSSADE

M. LE D^r BROCA (*en fonctions d'interne*).

M. LE D^r DEMOULIN (*en fonctions d'interne*).

M. LE D^r LEPAGE (*in memoriam*).

M. LE D^r CLAISSE (*en fonctions d'interne*).

M. LE D^r ARROU (*en fonctions d'interne*).

A MES AUTRES MAÎTRES

M. LE D^r HAUTEFORT

M. LE D^r PHÉLIP

M. LE D^r CAPETTE

M. LE D^r DAMASCHINO (*de Corfou*).

M. LE D^r G. AUDAIN

A MM. LES D^{rs} CLAISSE médecin de la Pitié.

ARROU chirurgien de la Pitié.

*En signe de respectueux attachement et
de profonde gratitude.*

A MON PÈRE

Qui a toujours su être mon ami.

A LA MÉMOIRE

DE LA COMTESSE HÉLÈNE ARMÉNI MOCÉNIGO

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE D^r AUG. BROCA

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades.
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.
Officier de la Légion d'honneur.

*Témoignage de profonde reconnaissance
pour son enseignement et pour l'honneur
qu'il nous fait de présider notre thèse.*

LA MÈCHE D'APPEL

DANS LE TRAITEMENT

DE LA

PÉRITONITE APPENDICULAIRE LOCALISÉE

AVANT-PROPOS

Trois années de travail, sous la direction de notre maître M. le Professeur A. Broca, nous ont permis d'étudier de très près l'appendicite chez les enfants sous ses formes les plus variées et les plus infidèles.

Quelques cas de péritonites appendiculaires localisées ont retenu plus spécialement notre attention et un procédé un peu spécial et, croyons-nous, assez peu usité nous a séduit. Nous voulons parler de *la Mèche d'Appel* qui fait le sujet de ce travail.

Il nous a paru intéressant d'approfondir auparavant la discussion clinique, qui dans l'esprit de tout chirurgien doit précéder et guider l'intervention ; de décrire ensuite succinctement la technique du *Méchage d'Appel* ; de présenter enfin les quelques observations qui étayent notre travail.

Nous sommes certain « d'enfoncer une porte ouverte » et de n'apporter aucune idée nouvelle. Nous n'avons qu'un espoir, c'est de contribuer, pour une très petite part, à l'étude d'un des nombreux chapitres de la grande question qu'est l'*Appendicite*.

Nous tenons à remercier notre Maître, qui a bien voulu nous donner les indications nécessaires et dans le service de qui, nous avons pu remarquer que l'on peut faire plus pour les malades que de se contenter de dire avec Ambroise Paré :

« Je le pensay et Dieu le guarit ».

INTRODUCTION

« Si vingt-quatre heures après le début de la douleur violente la péritonite a diffusé, si l'état du patient est grave, il faut pratiquer une opération immédiate et enlever l'appendice. »

C'est en ces termes que Fitz, dès 1886, résumait son opinion sur l'opportunité de l'intervention à chaud dans l'appendicite aiguë. Dans le courant des années suivantes cette doctrine, agrémentée de quelques variantes, faisait la conquête des chirurgiens du Nouveau Monde et passait à l'état de dogme. Mais ce n'est pas qu'en Amérique qu'elle gagnait du terrain ; à peine quelques années plus tard, en France, Poncet et Jaboulay (1891) à la Société de Médecine de Lyon posaient les premiers jalons de l'intervention immédiate, en préconisant surtout *l'interventionnisme hâtif* et dans la thèse de Lasserre (Lyon 1892), Poncet faisait dire qu'en présence d'une appendicite aiguë « il faut intervenir dans les trente premières heures, d'autant plus que le diagnostic et le pronostic manquant inévitablement de précision, cette incertitude laisse la porte ouverte à toutes les éventualités. »

Peu écoutée à cette époque, cette doctrine devait acquérir plus d'autorité en 1897 dans la bouche de Dieulafoy, suivie bientôt d'une communication de Poirier devant la Société de Chirurgie de Paris en 1898. C'est à ce moment là que la discussion fut entamée sur une plus grande échelle au sein de la Société de Chirurgie et qu'il se forma deux groupes, celui des *opportunistes* et celui des *interventionnistes*. Le second l'emporta sur le premier dans une sentence en somme très sommaire, puisque la discussion était encore seulement théorique. En 1902 et 1903 la discussion fut reprise à cette même Société de Chirurgie et de nouveau le principe de l'*opération à chaud* l'emporta. Mais dans la pratique courante on s'aperçut que cette méthode n'était pas toujours sans inconvénient et ceci en raison des adhérences que l'appendice forme autour de lui, ainsi que du danger qu'il y a de perforer les anses intestinales grêles ou le cæcum enflammés. Ceci amena les chirurgiens à penser à l'*intervention précoce* de beaucoup plus avantageuse que la précédente ; cette conception quoique défendue déjà par Richardson en 1893 s'impose vers 1903 et, actuellement, il est classique d'opérer l'appendicite aiguë, au début de la crise et de préférence dans les quarante-huit premières heures. En effet cette méthode comporte quelques inconvénients tels que : longue convalescence, drainage jugé éventuellement nécessaire, suppuration pariétale, etc., sans méconnaître d'ailleurs l'erreur de diagnostic possible. Mais tous ces inconvénients sont effacés par des avantages réels, qui sont : l'absence d'adhérences, dans la plupart des cas

l'intégrité de l'appendice, l'absence de suppuration péri-appendiculaire, etc. Mais nous nous écartons du véritable sujet de ce travail qui est : l'appendicite aiguë suppurée localisée.

Lorsque pour diverses raisons il n'a pas été possible de procéder à l'appendicectomie dans les quarante-huit premières heures, on cherche à obtenir le refroidissement des lésions par le repos absolu au lit, l'application de vessies de glace sur le ventre, la diète hydrique, le traitement opiacé, et en général on enlève l'appendice six semaines environ après la cessation des phénomènes inflammatoires et le début de régression du plastron abdominal. Mais il se peut que le traitement ci-dessus mentionné ait été insuffisant et que le plastron péritonéal qui se forme dès les premiers jours, loin de régresser, augmente de volume. Nous sommes alors en présence de l'abcès appendiculaire et de nouveau la question de l'opportunité de l'intervention chirurgicale se pose. Deux méthodes peuvent être suivies, toutes deux également défendables : celle de *l'intervention immédiate* et celle de la *temporisation*.

La première présente l'avantage de supprimer rapidement le foyer purulent localisé autour de l'appendice et, par conséquent, d'éviter, autant que possible, d'une part les conséquences désastreuses pour l'organisme de l'absorption des produits toxiques, et d'autre part, d'écartier le danger de diffusion dans la grande cavité péritonéale, de la collection jusque-là limitée. Et c'est ici justement qu'intervient ce gros facteur, nous voulons parler de la *température* ; c'est pourquoi nous avons tenu à

ce que chaque observation fût suivie de sa feuille de température. C'est elle, en effet, qui, dans la plupart des cas, nous guidera sûrement vers l'intervention immédiate ou vers l'abstention. Car il est évident que l'intervention immédiate n'est pas sans risques et elle trouve justement ses inconvénients dans les causes mêmes qui la font préconiser. Il est en effet clair que les manœuvres opératoires, ayant pour but de mettre cette collection limitée en communication avec l'extérieur, peuvent aboutir à la rupture des adhérences dressées par l'organisme, comme un rempart contre la propagation de l'infection le long de l'appendice et, par conséquent, concourir à la diffusion de la collection purulente dans la grande cavité péritonéale, résultat que nous voulons justement éviter en intervenant immédiatement.

Un autre inconvénient nous vient aussi à l'esprit : c'est que très souvent ces énormes plastrons péritonéaux, donnant l'impression d'une grosse collection ajoutant à sa qualité de purulente le danger de son volume, sont formés dans leur plus grande partie d'épiploon, de brides, d'anses intestinales agglutinées et que, finalement, la quantité de liquide à évacuer se réduit à des proportions très petites. Dans ce cas les risques courus pendant l'intervention dépassent l'utilité du but à atteindre et c'est dans ce cas que l'on peut suivre la deuxième méthode, celle de l'abstention, si, toutefois, la température, dont nous devons suivre l'évolution pas à pas, nous autorise à rester dans l'expectative. Et puisque nous sommes en train d'éliminer, les uns après

les autres, les divers aspects sous lesquels se présente l'appendicite aiguë, nous allons entamer le chapitre de l'*appendicite aiguë suppurée localisée* ou *appendicite avec péritonite localisée* nécessitant l'intervention immédiate, et qui fera plus spécialement le sujet de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Péritonite appendiculaire localisée.

Nous n'apportons aucun fait nouveau dans ce chapitre mais il nous a paru intéressant, avant d'entamer la description même du *méchage d'appel*, de décrire brièvement les cas cliniques auxquels s'applique notre procédé. Nous ne citons que pour mémoire les localisations autres que la forme rétro-cæcale, celle-ci étant la plus justiciable de la mèche d'appel.

Et tout d'abord qu'est-ce qui différencie cliniquement la simple crise d'appendicite aiguë cédant au traitement médical, de celle aboutissant à la péritonite localisée ?

Dans le premier cas, le malade dès le troisième ou quatrième jour de la crise voit les symptômes s'atténuer progressivement ; la fièvre qui jusqu'alors s'était maintenue aux environs de 39° ou 40° descend progressivement pour arriver au bout de quelques jours ou parfois de quelques semaines à la période d'apyrexie ; le pouls, rapide mais en général assez bien frappé, parfois irrégulier, diminue de fréquence et revient progressivement à la normale en même temps que la température. La langue, saburrale au moment de la crise,

reprend peu à peu sa coloration normalement rosée. La constipation, opiniâtre parfois au début de la crise, cède peu à peu. Le ventre s'assouplit au fur et à mesure que les phénomènes généraux s'amendent et la palpation de la fosse iliaque droite devient plus facile pour le médecin, moins pénible pour le patient. Les vomissements alimentaires puis bilieux du début de la crise s'espacent de plus en plus pour disparaître en totalité et faire place à un état nauséux, qui, souvent même, peut manquer. L'état général, compromis au moment de la crise, redevient peu à peu normal en même temps que les urines, rares et foncées au début, deviennent claires et plus abondantes et dépassent même parfois la quantité habituelle.

L'appétit, ordinairement absent ou très diminué pendant la crise, revient peu à peu en même temps qu'apparaissent les premières selles.

Voilà le tableau très succinct de la résolution de la crise appendiculaire et de son évolution vers le refroidissement.

Très différents et complètement opposés sont les symptômes généraux et locaux au cas où la réaction périappendiculaire au lieu de régresser graduellement, s'installe définitivement et de ce fait aggrave le pronostic.

Au troisième ou quatrième jour de la crise, la température, loin de baisser, se maintient au niveau de 39° ou dans certains cas, baisse d'un degré pendant quelques jours pour remonter les jours suivants, accompagnée parfois de quelques frissons indiquant une tendance au

processus suppuratif. Le pouls n'a pas tendance à se régulariser, sa fréquence reste toujours au-dessus de la normale (aux environs de 100 pulsations pour les adultes, de 120 pour les enfants). En même temps la langue devient plus sèche, plus « sale », fendillée sur ses bords.

Le malade a constamment soif et les quantités de liquide, qu'on peut lui accorder, ne font qu'augmenter l'état nauséux. Les vomissements, loin de diminuer, deviennent de plus en plus fréquents mais en même temps moins abondants et consistent en émission de bile et de glaires. Le facies, encore bon au début de la crise, change totalement d'aspect : les traits sont tirés, le teint légèrement terreux, parfois subictérique. L'appétit fait totalement défaut et quant aux selles, tantôt elles manquent complètement, tantôt elles sont nombreuses et diarrhéiques. Les urines sont toujours peu abondantes et foncées, parfois albumineuses. Les douleurs abdominales, qui dans les cas normaux sont calmées par le repos et la glace, persistent et souvent même augmentent d'intensité. Le ventre, parfois rétracté, se ballonne dans la plupart des cas. La défense musculaire est toujours très marquée et la palpation, qui doit toujours être faite avec douceur et prudence, n'arrive pas à la vaincre. Néanmoins le relâchement des muscles abdominaux obtenu par la demi-flexion des cuisses sur le bassin, pendant que le malade, confiant, respire régulièrement et la bouche ouverte, parvient à nous faire apprécier les modifications de la région appendiculaire. Déjà à l'inspection notre attention a été attirée par une légère voussure de la fosse iliaque droite visible à jour

frisant et située entre l'épine iliaque antéro-supérieure droite et l'ombilic et plus près de ce dernier. En général cette voussure, à peine appréciable au début, devient de plus en plus nette les jours suivants et occupe une surface dont le diamètre peut avoir une largeur allant jusqu'à cinq travers de doigt. Parfois cette voussure fait défaut et c'est à la percussion faite très légèrement qu'on s'aperçoit d'une différence de sonorité entre la région appendiculaire mate et le reste de la paroi abdominale. La palpation, si elle parvient à vaincre la défense musculaire, nous fait sentir une région indurée, immobile, très douloureuse, rénitente, rarement fluctuante. Elle constitue *le plastron* et est formée d'anses intestinales agglutinées autour de l'appendice, d'épiploon enflammé, de fausses membranes péritonéales et plus tard à son centre d'une collection purulente plus ou moins importante. Le *toucher rectal* qui doit toujours être pratiqué, même dans les cas les plus légers, fait parfois sentir, lorsque la collection est suffisamment basse (formes iliaque inférieure et pelvienne) un empâtement douloureux, mal délimité, quelquefois fluctuant, plus ou moins volumineux. Le foie ordinairement légèrement hypertrophié, sensible à la palpation, indique déjà un plus grand rayonnement de l'infection appendiculaire. L'examen cytologique du sang pratiqué systématiquement nous guide enfin, d'après le degré de leucocytose, sur la conduite à suivre. En effet on admet actuellement que le processus suppuratif est pratiquement éteint lorsque le nombre des leucocytes par millimètre cube n'atteint plus le chiffre approximatif de 10.000.

CHAPITRE II

Les diverses localisations de l'abcès appendiculaire.

Nous ne faisons que citer l'abcès appendiculaire précæcal découlant de la position normale de l'appendice par rapport au cæcum. Il a été décrit au point de vue clinique dans le chapitre précédent et d'ailleurs dans la plupart des cas n'est pas justiciable de notre procédé, puisque la collection, facilement abordable par l'incision abdominale ne fait pas courir le danger de la rupture des adhérences et de la diffusion du foyer infectieux.

L'abcès précæcal dans la plupart des cas est à fleur de peau et forme une voussure presque toujours visible à jour frisant, douloureuse à la palpation, située entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure droite.

Nous entrons immédiatement dans la description des autres localisations de l'abcès appendiculaire : 1° Forme rétrocæcale ; 2° Forme pelvienne ; 3° Autres formes, et nous n'insisterons que sur la première, la plus fréquente et la plus justiciable du Méchage d'Appel.

§ 1. — FORME RÉTROCÆCALE

Après avoir exposé aussi brièvement que possible l'évolution et l'aspect cliniques de la péritonite appendiculaire localisée, il nous paraît intéressant et même nécessaire de décrire succinctement les diverses localisations de l'abcès appendiculaire en insistant plus longuement sur la forme rétrocæcale et même parfois rétrocolique.

Celle-ci, en effet, attire notre attention et par sa plus grande fréquence parmi les positions anormales et du fait qu'on la rencontre relativement plus souvent chez les enfants que chez les adultes. D'après les travaux de Lafforgue, Tuffier, Jeanne, Vallée et malgré la statistique de Marcland, il apparaît que l'appendice est souvent situé derrière le cæcum et le côlon ascendant et que le nombre de cas analogues, comme nous le disons plus haut, est proportionnellement plus grand chez les enfants que chez les adultes.

Les uns y ont vu le résultat d'une ancienne réaction inflammatoire de l'appendice qui jusque là avait passé inaperçue ; les autres n'ont conclu qu'à une variété de disposition anatomique. Quoi qu'il en soit il appert, d'après les travaux très intéressants et très documentés d'Ance! et Cavaillon que, dans cette position, l'appendice et le cæcum sont constamment séparés de la couche musculaire tapissant la fosse iliaque interne par un feuillet péritonéal pariétal. D'un autre côté, les cas de

collection rétro-péritonéale, avec leur cortège de complications (psoïtis. phlegmon lombaire, collection pleurale transdiaphragmatique, etc.), sont bien connus et cliniquement constatés pour ne pas paraître en contradiction avec la théorie de l'appendice toujours intrapéritonéal. Nous croyons bien faire en adoptant l'explication de Bérard et Vignard d'après lesquels la collection péri-appendiculaire, d'abord toujours intrapéritonéale, peut devenir secondairement rétropéritonéale, pour regagner même parfois en troisième lieu le péritoine (collections sous-hépatiques d'origine appendiculaire). Ceci aurait lieu ou bien par contamination de proche en proche à la faveur d'un long contact du pus avec le péritoine pariétal (cas méconnus au début), ou bien par accollement du péritoine pariétal au péritoine cæcal, fusion de ces deux feuilletts et filtration du pus à leur niveau ; ceci se produirait d'autant plus facilement que derrière le cæcum sous le péritoine pariétal, il existe une vaste zone cellulograissee tapissant la fosse iliaque interne, se prolongeant en bas dans la gaine du psoas et gagnant en haut la gaine sous-phrénique, après avoir enveloppé le rein.

Ce point élucidé, étudions un peu dans ses détails, la morphologie de l'abcès rétrocæcal. Celui-ci s'étend toujours non seulement derrière le cæcum mais surtout derrière le côlon, remonte parfois jusqu'à l'angle colique droit et atteint même parfois le foie. Si, maintenant, on envisage la position de l'appendice par rapport à lui-même, on voit que dans la plupart des cas, il longe la paroi postérieure du cæcum, que, par consé-

quent, la collection purulente, qui, dans la plupart des cas, débute autour de la pointe, sera haut placée, d'autant plus haut que l'appendicé sera plus long et plus rectiligne. Quant à la propagation de l'abcès, ou bien elle se fera profondément en haut et en dedans, bridé qu'il sera par l'accolement du côlon et du cæcum au péritoine pariétal, ou bien elle pourra pointer vers la paroi abdominale externe au-dessus de la crête iliaque (cas très rare) si l'obstacle, ci-dessus mentionné, n'existe pas. En ce qui concerne sa propagation du côté interne, l'abcès rétrocæcal a peu de chance de fuser de ce côté. à moins que, rompant franchement les adhérences, il n'envahisse la grande cavité péritonéale, ce qui n'appartient plus à notre sujet. Mais là où la collection peut le plus facilement s'étendre, c'est en haut, derrière le côlon, pour atteindre la face inférieure du foie. N'oublions pas l'extension du foyer infectieux, bien plus rare, en bas et en avant, pouvant simuler un foyer iliaque ordinaire et constituant en réalité la collection en bissac. Enfin si la collection est fortement bridée de tous côtés, le pus peut fuser vers le petit bassin, former une collection pelvienne, et parler de ce dernier cas n'est pas empiéter sur le paragraphe suivant, des collections pelviennes, puisque l'appendice reste toujours rétrocæcal.

Au point de vue clinique les signes de l'abcès rétrocæcal sont à peu près les mêmes que ceux décrits dans le chapitre précédent, à propos de l'abcès constitué autour d'un appendice iliaque. Le ventre moins ballonné se défend un peu moins à la palpation, les signes sont

plus marqués dans la partie supérieure de la fosse iliaque droite et dans la région sous-hépatique. Un signe à ne pas négliger est la douleur ressentie par le malade à la palpation profonde de la région lombaire. L'exploration du foie devra toujours être faite, ainsi que le toucher rectal, qui, dans la plupart des cas ne donnera pas de renseignements, la collection étant trop haut placée, pour que le doigt puisse l'atteindre. Enfin le psoas lui-même, réagissant par voisinage, provoque parfois une légère flexion de la cuisse sur le bassin et lorsqu'on essaie d'étendre le membre inférieur droit, on détermine de la douleur ainsi qu'une légère ensellure lombaire.

En ce qui concerne les diverses formes et l'évolution que peut suivre l'abcès rétrocæcal, il est bien évident qu'il peut ou bien rester limité, ou bien tendre à la diffusion et à la péritonite généralisée par excès de propagation de proche en proche ou surtout par rupture brusque des adhérences. Il peut également, sans avoir recours à l'inondation péritonéale, et tout en restant enkysté, donner lieu à des signes généraux d'intoxication par résorption des produits toxiques.

Pour toutes ces raisons, il convient d'intervenir dès que le moindre danger persistant se fait sentir et d'avoir recours, dans les cas où cela sera nécessaire au *méchage d'appel* dont nous parlerons dans le chapitre suivant.

§ 2. — FORME PELVIENNE.

La collection purulente périappendiculaire pelvienne peut être ou bien primitivement telle ou bien être secondaire et consécutive à un foyer initial iliaque. Dans ce dernier cas la symptomatologie est la même que celle de la collection rétrocæcale avec en plus surajoutés les symptômes témoins de la propagation pelvienne. En réalité cette collection est en bissac et nous en avons déjà parlé dans le paragraphe précédent. Néanmoins les signes de localisation pelvienne sont très infidèles, car très souvent des collections pelviennes secondaires n'ont été constatées qu'au moment de l'opération et sont passées totalement inaperçues au cours de multiples examens et malgré l'emploi systématique du toucher rectal.

En ce qui concerne l'abcès primitivement pelvien, dont le point de départ est très souvent au niveau de la partie inférieure de la fosse iliaque droite, au voisinage de l'arcade crurale, sa symptomatologie diffère en partie de celle de l'abcès rétrocæcal. En contraste avec celle-ci, le ventre ballonné présente rarement une défense musculaire opiniâtre et l'absence de plastron est tout à fait caractéristique. Pas de tuméfaction, pas de voussure, en somme un état local apparent contrastant énergiquement avec l'état général. Le toucher rectal, utile dans les cas de collection dans le cul-de-sac de Douglas donne peu ou pas de renseignements lorsqu'il

s'agit d'une collection relativement haute et postérieure (au niveau du promontoire, par exemple). Le pronostic est souvent plus grave, du fait que le diagnostic est plus hésitant. Pour rester dans les limites du sujet de notre travail, nous devons reconnaître que le procédé de la Mèche d'Appel, à moins de cas extraordinaire, ne s'applique pas ordinairement au traitement chirurgical des collections pelviennes.

§ 3. — AUTRES FORMES

Nous ne citerons que pour mémoire les autres localisations de l'abcès périappendiculaire bien qu'elles puissent exceptionnellement être justiciables du Méchage d'Appel. Nous faisons allusion aux collections appendiculaires siégeant dans la fosse iliaque gauche ou bien à celles situées dans une région intermédiaire, moins bien définies anatomiquement et qualifiées du nom de localisations mésocœliques.

La rareté des unes comme des autres est reconnue et leur étude détaillée ne présente aucun intérêt spécial en rapport avec notre sujet.

CHAPITRE III

Technique du Méchage d'Appel.

Après avoir décrit les diverses formes sous lesquelles peut se présenter la péritonite appendiculaire localisée, nous arrivons au cœur de notre sujet et nous allons décrire la technique du *Méchage d'Appel*. Ce procédé, d'autant plus avantageux qu'il est simple et rapide, a été préconisé, croyons-nous, par Quénu en 1895 et est entré depuis lors en vigueur ; il est d'un usage assez courant toutes les fois que l'occasion s'en présente, dans certains services et en particulier dans celui, dans lequel nous avons recueilli nos observations. Nous n'avons pu trouver nulle part une description détaillée de ce procédé, car, dans ce cas, nous nous serions fait un scrupule de la citer textuellement. C'est pourquoi nous allons brièvement mettre au point la technique de ce procédé.

Après incision de la paroi (celle-ci variant, comme dans toutes les appendicites opérées à chaud, avec la localisation présumée du foyer appendiculaire) et du péritoine pariétal, l'opérateur a devant lui une masse dont il cherche vainement à délimiter les contours et qui le met, par conséquent, dans l'impossibilité de péné-

trer jusqu'au centre de la collection sans déchirer les adhérences précieuses, les anses ou l'épiploon congestionnés et friables. Après avoir essayé par des manœuvres douces de se frayer un chemin jusqu'à l'appendice par un interstice ou un plan de clivage naturel, il s'aperçoit qu'il est toujours devant une masse compacte semblant défier tout instrument sous peine de gros délabrements.

Alors se servant de petites compresses de gaze il en tapisse l'espace compris entre la masse en question et le péritoine pariétal, en les insinuant par une pression douce et graduelle aussi profondément que possible. De la sorte il aura formé une couronne de mèches qui constituera ce que nous avons appelé *les mèches d'appel*. Il ne reste plus qu'à appliquer quelques compresses sur la plaie abdominale laissée ouverte et de procéder au pansement.

Il est rare que dans les jours qui suivent cette opération (2 à 5 jours) on ne s'aperçoive, en défaisant le pansement, que les mèches sont imbibées de pus ou d'une sérosité louche d'origine péritonéale, preuve évidente que la collection périappendiculaire est enfin en communication avec l'extérieur. Il ne reste plus qu'à refaire le pansement de temps en temps, en changeant les compresses ou en les laissant sur place, au cas où elles auraient contracté des adhérences avec les tissus environnants. Après un laps de temps variant de trois à neuf jours en moyenne, et nécessaire pour établir une communication constante entre la collection et l'extérieur, on supprime les mèches, on continue à

panser à plat et à mesure que la suppuration se tarit on laisse fermer la plaie. Dans la plupart des cas une évacuation s'ensuit, sans grande importance d'ailleurs, puisqu'au cours de l'appendicectomie ultérieurement pratiquée à froid, on pourra refermer la paroi musculaire.

Il est évident que nous ne pouvons pas définir exactement le mécanisme, suivant lequel se produit cette évacuation de l'abcès sans ouverture à proprement parler. Nous croyons vraisemblable que les extrémités des mèches arrivant au contact de la masse périappendiculaire s'infiltrèrent peu à peu par un lent travail de cli-vage jusqu'au contact du pus même, et que celui-ci est pompé à l'extérieur par une sorte de phénomène de capillarité. De la sorte toutes les adhérences, indispensables à la limitation de la collection, sont respectées, et d'autres nouvelles sont formées, servant de guide au pus qui va être évacué.

Quoi qu'il en soit, les faits sont là pour prouver l'efficacité de ce procédé, qui est un moyen terme entre l'abstention totale dangereuse et l'intervention brutalement conduite, qui risque de l'être davantage.

Dans les observations que nous allons citer, il y a 10 cas de guérison et 2 cas de mort.

Nous ne tirons aucune conclusion de ces chiffres, sachant bien le peu de valeur qu'il faut attacher aux statistiques surtout quand elles sont faites sur un aussi petit nombre de cas.

Néanmoins nous tenons à signaler que dans le cas de l'observation IX, nous étions en réalité, comme

cela a été montré par l'autopsie, en présence d'une péritonite diffuse, ne relevant pas, par conséquent, du méchage d'appel réservé aux péritonites enkystées.

Quant au cas de l'observation XII, on était en présence d'un énorme abcès occupant la presque totalité du péritoine et constituant, par conséquent, beaucoup plus une péritonite généralisée, qu'un abcès appendiculaire localisé. D'ailleurs le fait qu'on a pu à la troisième opération rompre les parois de l'abcès indique que celui-ci n'était peut-être pas justiciable du méchage d'appel, réservé au cas où l'accès de la collection elle-même est impossible sans gros ravages.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

G... Alice, 15 ans. Régulée depuis quelques mois.

Dans la nuit du 25 octobre 1914, l'enfant est prise brusquement de douleurs abdominales très violentes concordant avec le début de ses règles et s'accompagnant de fièvre intense. Pas de vomissements, pas de constipation. Le jour suivant les douleurs abdominales continuent aussi intenses, occupant tout l'abdomen et remontant jusqu'à l'appendice xiphoïde. Les règles cessent au bout du troisième jour comme d'habitude.

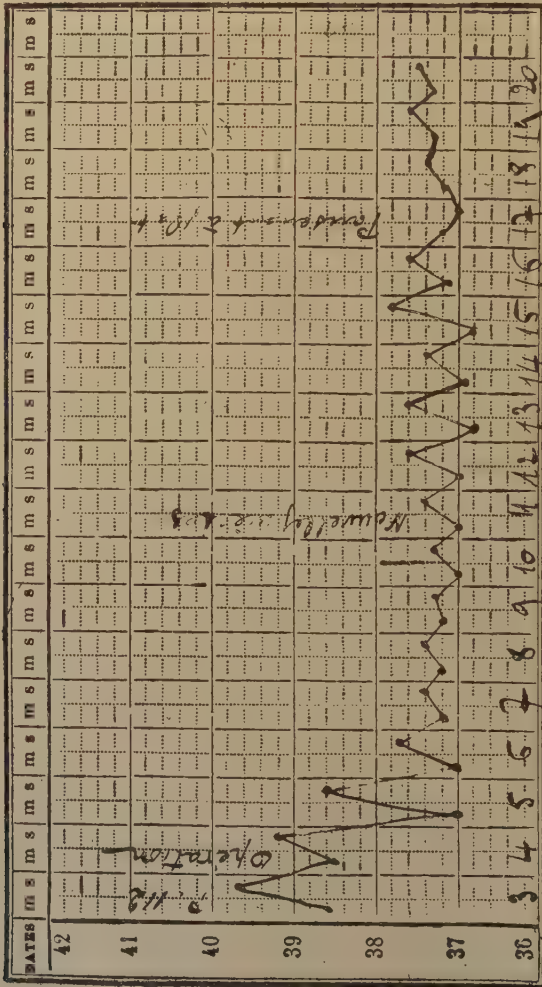
Admise à l'hôpital, salle Bilgrain, le 3 novembre.

Examen (3 novembre). — Ventre légèrement ballonné, souple à gauche, beaucoup moins souple à droite où l'on sent de la défense musculaire. La région appendiculaire est nettement mate à la percussion. A la palpation de cette région on sent un empâtement nettement douloureux. Température 38°6. Pouls 112. Facies pâle. Langue un peu sale. Extrémités légèrement froides.

Le 4 novembre *opération* sous chloroforme. Voussure très nette dans la région de la fosse iliaque droite. Incision sur la tumeur qui est assez en dedans et au-dessus de l'épine iliaque. Péritoine sain.

Collection rétro-cæcale. Adhérences dans l'angle entre le colon et la paroi. *Deux mèches dans le foyer.*

Le 11 novembre on remplace les mèches par deux autres plus superficielles. L'état général est très bon; la tuméfaction a complètement disparu.



Obs. I. — G... Alice, 15 ans.

Le 30 novembre cicatrisation complète.

Le 31 janvier 1915 appendicectomie à froid et cure de l'événement produite par la première opération. L'appendice est ré-

tro-cæcal, contourné sur lui-même, rouge, adhérent, avec un peu de magma caséeux à la pointe, contenant des matières fécales et atteint de folliculite hémorragique. Dans la suite l'enfant fait un petit abcès superficiel au niveau de sa cicatrice.

Le 6 mai 1915 guérison complète. Sortie.

OBSERVATION II

C... Lucie, 12 ans. Pas encore réglée.

Dans la matinée du 10 janvier 1915 l'enfant se plaint du ventre et a 4 vomissements verdâtres dans la journée. Le lendemain l'enfant souffre toujours et a de la diarrhée. Admise à l'hôpital, salle Bilgrain le 19 janvier dans la soirée.

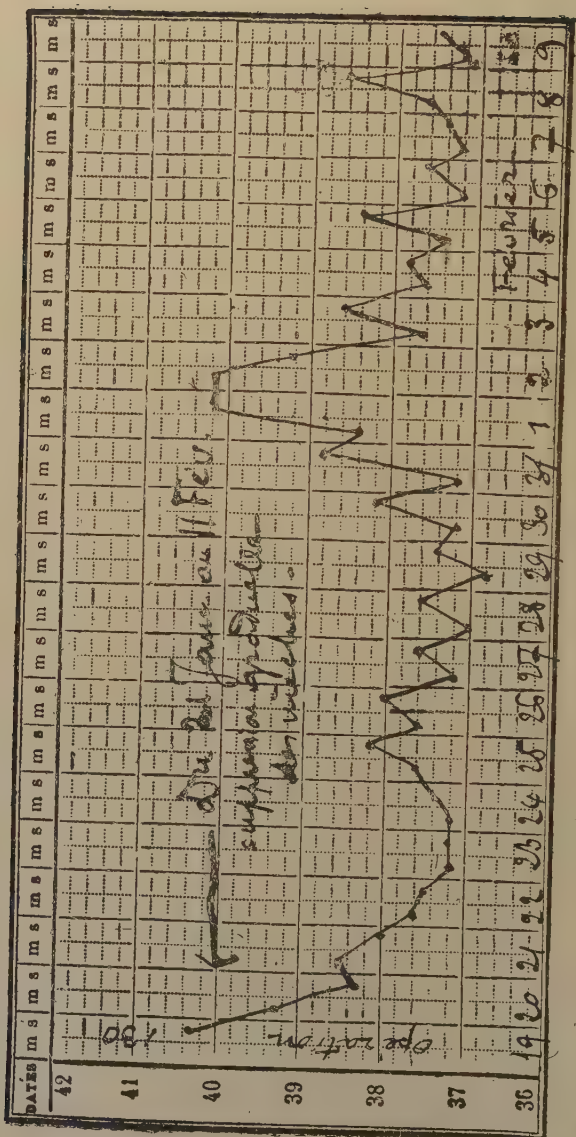
Du 10 au 19 l'enfant a toujours souffert du ventre.

Examen (19 janvier). — Voussure visible à jour frisant, à l'hypochondre droit. A la palpation région empâtée, douloureuse, mate à la percussion, s'étendant en dedans jusqu'à l'ombilic et occupant la région lombo-iliaque. La moitié inférieure de la fosse iliaque droite est libre. La fosse iliaque gauche est souple. Température 40°3. Pouls 130. Langue saburrale.

Opération d'urgence. — Incision latéro-verticale remontant jusqu'au foie. On ouvre le péritoine et derrière une anse intestinale on sent une collection suppurée entourée d'anses intestinales agglutinées formant foyer; isolement de la peau autour de l'incision *par des mèches*. Le péritoine est libre en avant, en haut et en bas.

Du 21 janvier au 11 février on enlève toutes les mèches progressivement. L'état général est très bon.

Le 23 mars l'enfant sort complètement cicatrisée avec une légère éventration au niveau de la cicatrice.



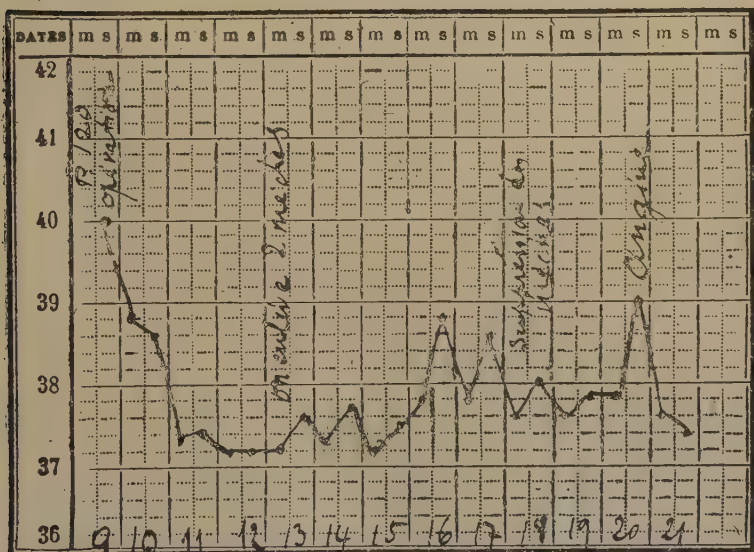
Obs. II. — C., Lucie, 12 ans.

Le 17 mai, appendicectomie et cure de l'éventration qui a augmenté. L'appendice est accolé dans le haut de la fosse lombaire derrière le côlon ascendant.

Le 12 juin 1915 guérison complète. Sortie.

OBSERVATION III

S... Eugène, 12 ans. Première crise vers le début de février 1915, ayant duré deux jours avec céphalée et fièvre sans nausées ni vomissements.



Obs. III. — S... Eugène, 12 ans.

Deuxième crise le 28 février avec plusieurs vomissements de nature indéterminée, dans la nuit. Légère amélioration le 5 mars, date à laquelle l'enfant commence à se lever mais diarrhée assez abondante.

Le 7 mars on administre à l'enfant de l'huile de ricin qui provoque une abondante selle mais à la suite de laquelle les douleurs abdominales sont extrêmement violentes et la fièvre intense. Ces douleurs continuent jusqu'au 9 mars, date de son admission à l'hôpital.

Examen (9 mars 1915). — Ventre légèrement ballonné, souple et peu douloureux à gauche, très difficile à palper à droite. La fosse iliaque droite est très douloureuse, empâtée et mate. Le toucher rectal est très douloureux à droite. Facies pâle, fatigué. Température 40°. Pouls 120, bien frappé. Langue humide.

Opération d'urgence. — Incision iliaque remontant en haut et en arrière. On arrive sur le cœcum très distendu, rouge, non adhérent, soulevé par une collection de la fosse lombo-iliaque.

Mèches d'appel.

Le 13 mars on enlève deux mèches et le 18 mars les autres. Cicatrisation complète le 31 mars.

Appendicectomie à froid le 26 mai 1915. Sorti guéri le 4 juillet 1915.

OBSERVATION IV

O... Maurice, 12 ans. Début brusque le 27 juin 1915 à 4 heures de l'après-midi par de violentes douleurs abdominales. Une selle normale. Le lendemain l'enfant est fatigué. Vomissement alimentaire dans la nuit du 28 au 29. Admis le 29 à l'hôpital.

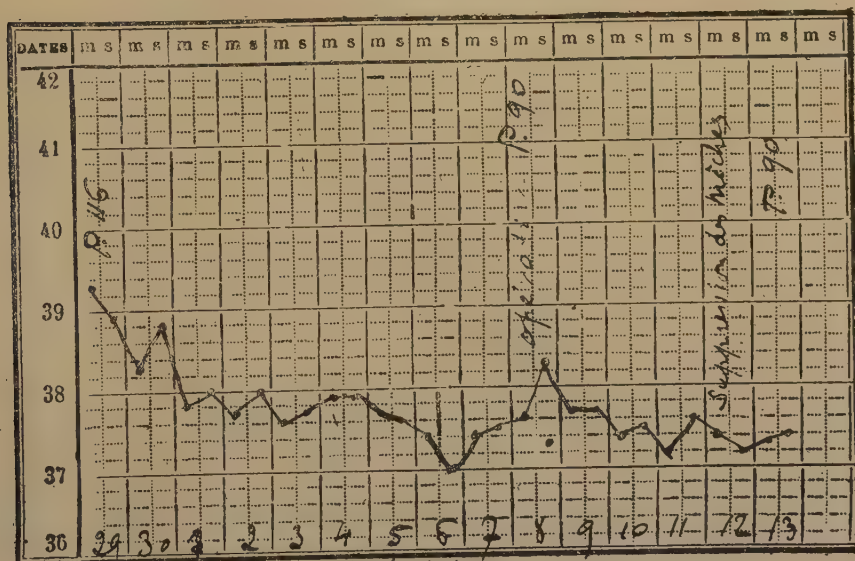
Examen (29 juin). — Ventre non ballonné mais tendu, très douloureux à la palpation ; celle-ci est presque impossible à droite, en raison de la défense musculaire qui est très marquée.

Empâtement ; submatité le long de l'arcade crurale. Le tou-

cher rectal ne révèle rien. Enfant pâle et fatigué. Langue humide. Température 39°5. Pouls 106, bien frappé.

Les jours suivants la tuméfaction augmente et est visible à jour frisant ; l'état général s'améliore.

Opération (8 juillet). — Incision au niveau de la voussure. On ouvre le péritoine contenant un liquide ascitique assez louche. On voit accolée à la fosse iliaque et à l'épiploon une masse non adhérente au péritoine pariétal. *Mèches d'appel*.



OBS. IV. — O... Maurice, 12 ans.

Le 12 juillet on enlève les dernières mèches. L'état général est bon. Température 37°4.

Sorti complètement cicatrisé le 12 août.

Appendicectomie à froid le 22 octobre. L'appendice forme un noyau replié sur lui-même et sa pointe est libre se dirigeant en avant. Il est adhérent au bord mésentérique d'une anse grêle

repliée au-dessus et en avant de lui. Les jours suivants il se forme un hématome suppuré sous-cutané au niveau de la plaie.

Sorti complètement guéri le 28 novembre 1915.

OBSERVATION V

W... *Edouard*, 9 ans 1/2. Huit jours avant son entrée à l'hôpital le 26 septembre 1915, l'enfant est pris brusquement de douleurs abdominales très violentes avec des vomissements alimentaires dans la nuit. Du 28 septembre au 2 octobre les douleurs s'atténuent mais la température s'élève, l'enfant n'a pas d'appétit et est constipé. Le 2 octobre dans la nuit recrudescence des douleurs avec fièvre sans vomissements. Admis dans l'après-midi du 3 octobre à l'hôpital, salle Molland.

Examen (30 octobre). — Température 39°3. Pouls à 100. Bien frappé. Voussure abdominale médiane allant de l'ombilic à la symphyse pubienne (persistant après cathétérisme de la vessie). A la palpation tumeur médiane, submate, dure, immobile ; la défense musculaire est très marquée et la douleur très nette. Au toucher rectal on sent cette tumeur médiane.

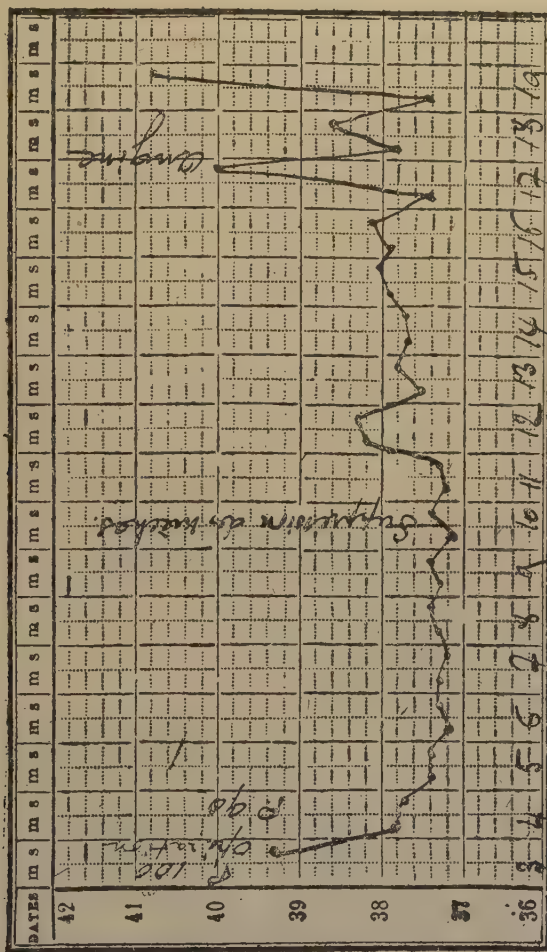
Opération d'urgence. — Incision médiane ; péritoine non épaissi, non adhérent. Derrière lui on arrive sur l'épiploon rouge et sur des anses grêles accolées par une masse devant le promontoire. Pas de liquide. *Mèches d'appel*.

Le toucher rectal fait à la date du 11 octobre fait constater que la tuméfaction a notablement diminué.

L'état général de l'enfant est assez bon. Température 37°2.

Au toucher rectal pratiqué le 18 octobre on ne sent plus de

tumeur. L'état général s'améliore de plus en plus et l'enfant sort complètement cicatrisé le 21 décembre.



Gbs. V. — W... Édouard, 9 ans 1/2.

Il n'est pas revenu pour l'appendicectomie.

OBSERVATION VI

D... Henriette 16 ans. A l'âge de 7 ans première crise avec douleurs abdominales, fièvre et vomissements. Entre 7 et 12 ans l'enfant a toujours souffert légèrement du ventre. A 12 ans deuxième crise moins violente. Le 9 décembre 1915, neuf jours avant son entrée à l'hôpital, elle a une troisième crise coïncidant avec ses règles. Un ou deux vomissements bilieux accompagnent une légère élévation de la température. Plusieurs selles peu abondantes. Admise à l'hôpital le 18 décembre.

Examen (18 décembre). — Temp. 39°8. Pouls 96°. Langue rouge, rugueuse. Ventre un peu ballonné, tendu, très sensible à la palpation à gauche. Dans la fosse iliaque droite la palpation profonde est impossible. Gros empâtement de toute la fosse iliaque droite avec défense musculaire peu marquée mais nette. A la percussion tympanisme abdominal partout.

Dans l'après-midi du 20 décembre, l'enfant se plaint du ventre et a un vomissement bilieux.

Opération d'urgence. — Derrière le péritoine non adhérent on voit une masse accolée à la fosse iliaque : cette masse semble formée par l'épiploon très rouge au-devant de l'intestin et n'adhère ni en avant ni en haut ni en arrière. *Deux mèches d'appel.*

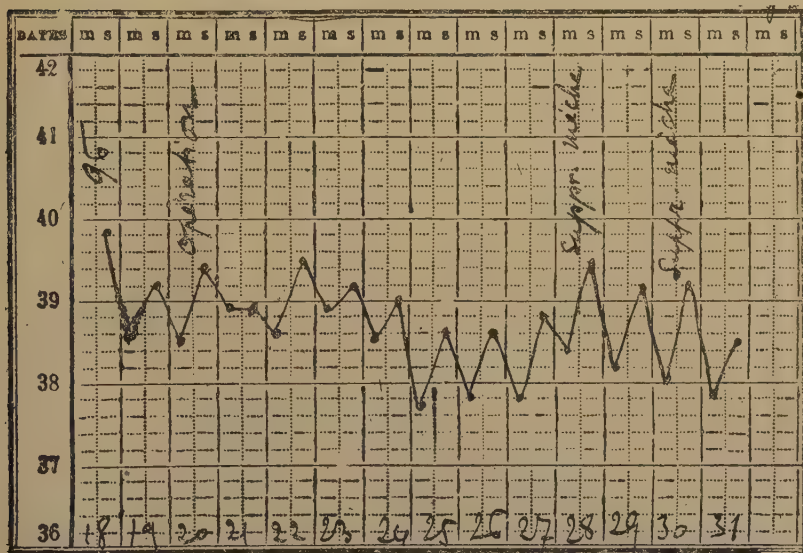
Le 28 et 30 décembre on supprime les deux mèches ; l'état général est bon.

Au début de janvier 1916 on constate une légère voussure de la fosse iliaque gauche en même temps que la palpation est douloureuse.

Deuxième opération le 10 janvier. — Incision iliaque gauche.

La face externe du péritoine est épaissie, lardacée, adhérente au plan conjonctif. Ouverture d'un abcès contenant du pus fétide et bien lié.

Le 10 février la cicatrisation est complète des deux côtés, l'état général est très bon et l'enfant sort le 20 février.



OBS. VI. — D... Henriette, 16 ans.

Actuellement en traitement dans le service pour l'appendicéctomie.

OBSERVATION VII

R... Georges 11 ans 1/2. Le 8 mars 1916 à 11 heures du soir, l'enfant est pris brusquement de douleurs abdominales violentes avec fièvre et trois vomissements glaireux. Dans la matinée du 9 la mère administre une purge à l'enfant qui pro-

laire rendant difficile l'examen de la fosse iliaque. Pas d'empâtement. Rien au toucher rectal.

Le 19 mars. — Voussure nette à la partie inférieure de la fosse iliaque droite. Matité sur trois travers de doigt le long de l'arcade crurale. Bon facies, langue humide.

On ne sent rien de net au toucher rectal.

Opération le 21 mars. — Incision le long du bord externe du grand droit. Œdème de la paroi. On trouve le cæcum collé contre le péritoine. *On glisse des mèches.*

Le 13 avril l'enfant sort complètement cicatrisé.

Appendicectomie à froid le 24 juin.

Sorti complètement guéri le 6 juillet.

OBSERVATION VIII

P... Marcelle. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital l'enfant est prise de céphalée et de frissons. Depuis quinze jours elle souffre violemment du ventre, principalement du côté droit. Pas de vomissement mais nausées fréquentes. Selles régulières. Purgée deux fois sur l'indication des médecins.

Admise le 23 mars 1916.

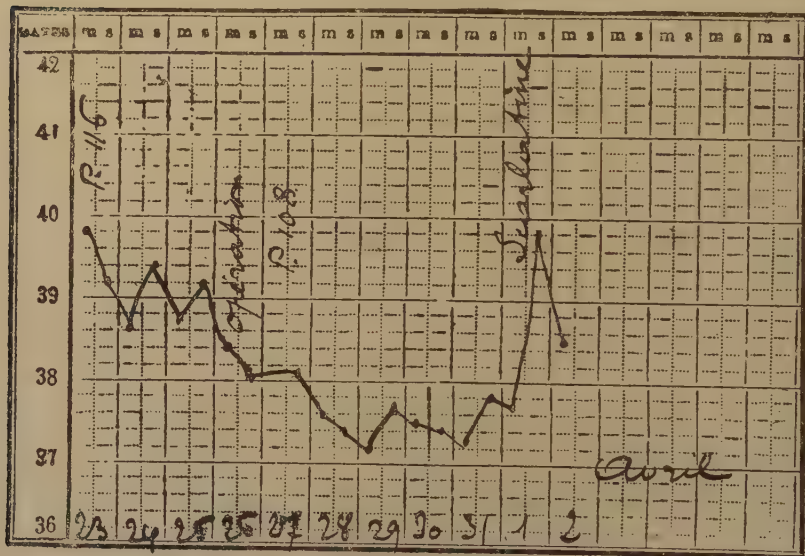
Examen (23 mars). — Temp. 39.9. Pouls 116. Langue sale, un peu sèche. Matité sur tout le côté droit du ventre. Légère voussure à droite. La palpation profonde est impossible à droite à cause de la défense musculaire et de l'empâtement qui est très net. Rien au toucher rectal.

Opération le 26 mars. — Incision lombo-iliaque. Paroi cédématisée. Le cæcum est adhérent à la paroi. *Quatre mèches d'appel.*

Eruption de Scarlatine le 3 avril.

Le 8 mai, l'enfant quitte l'hôpital complètement cicatrisée et bien portante.

Appendicectomie à froid le 5 juin. — Extirpation rétro-grade. Masse caséeuse autour de l'appendice qui est épais, sclé-
eux. Guérison complète le 29 juin.



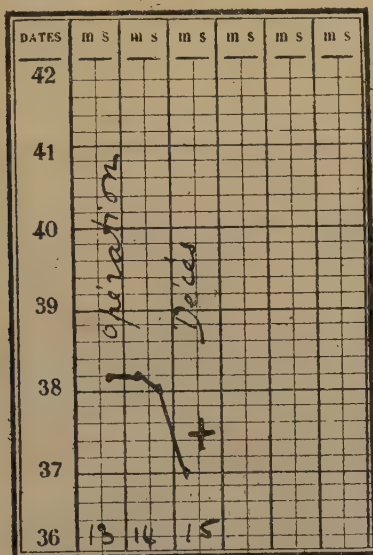
OBS. VIII. — P... Marcelle, 11 ans.

OBSERVATION IX

D... Edwige, 14 ans. Depuis l'âge de 7 ans l'enfant souffre souvent du ventre. Dans la nuit du 8 au 9 mai 1916 l'enfant est prise de violentes douleurs abdominales accompagnées de nombreux vomissements. Depuis lors elle souffre du ventre principalement du côté droit, jusqu'au 13 mai, date à laquelle les douleurs deviennent plus fortes. L'enfant n'a pas eu de forte élévation de température. Purgée à deux reprises.

Admise à l'hôpital le 13 mai.

Examen (13 mai). — Temp. 38°5 à l'arrivée, 37°8 une heure après. Pouls à 160 irrégulier un peu faible. Facies très fatigué, langue sale gris-blanc; yeux cernés. Ventre non ballonné, non rétracté, très peu souple, très douloureux à la moindre palpation. Matité dans toute la moitié droite du ventre qui est empâtée. Le toucher rectal est très douloureux.



Obs. IX. — D... Edwige, 14 ans.

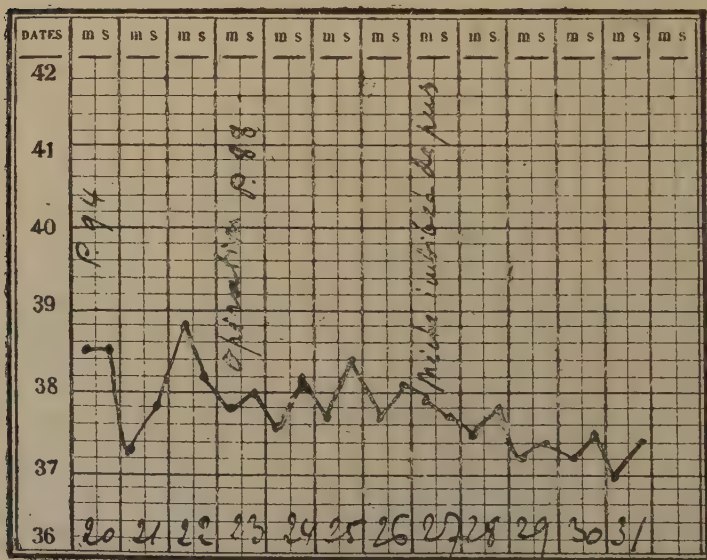
Opération d'urgence à 11 h. 1/2 du soir. — Incision iliaque droite. A l'ouverture du péritoine issue d'une petite quantité de pus jaune citrin. On arrive sur l'épiploon adhérent aux anses intestinales et à la paroi. *Mèches d'appel.* L'état général devient de plus en plus mauvais. *Décès le 15 mai à midi.*

Autopsie. — Péritoine plein de pus et de fausses membranes séparés de l'incision par un mur d'adhérences très dures qu'on

sectionne au couteau. L'appendice gangréné se trouve à la partie inférieure de la fosse iliaque droite.

OBSERVATION X

M... Yvonne, 14 ans. Pas encore réglée. Début brusque le 16 août 1916 par des douleurs abdominales très violentes avec vomissements alimentaires et bilieux. Purge le 17 août, deuxième purge le 18 août ; les douleurs persistent. Admise à l'hôpital le 20 août.



OBS. X. — *M... Yvonne, 14 ans.*

Examen (20 août). — Facies tiré. Temp. 38°5. Pouls 94. Langue blanche et sèche. La partie inférieure de la fosse iliaque droite est très douloureuse; défense musculaire marquée. Le toucher rectal est douloureux.

Les jours suivants l'état général est le même. Au toucher rectal on sent une masse à droite.

Opération le 23 août. — Incision iliaque. Le cæcum n'est pas adhérent. Masse adhérente plongeant dans le petit bassin. *Mèches d'appel.*

Le 27 août les mèches sont imbibées de pus. L'état général est très amélioré. Le toucher rectal fait sentir vers la partie moyenne du rectum, en haut et à droite une masse légèrement douloureuse de consistance molle.

Cicatrisation complète le 25 septembre 1916.

Appendicectomie à froid le 11 décembre 1916. — L'appendice est court, plonge dans le bassin et adhère à la trompe et à l'ovaire. Folliculite hémorragique. Drain. Tout va bien jusqu'au 30 décembre 1916. A ce moment la cicatrice ne suppure plus et est presque complètement fermée. Foyer dans la fosse iliaque gauche incisé et drainé le 8 janvier 1917.

Guérison complète et sortie le 19 avril 1917.

OBSERVATION XI

K... Eugène, 14 ans. Souffre du ventre environ depuis un an principalement du côté droit et a de temps en temps quelques vomissements bilieux. La marche prolongée lui est pénible. Pas de constipation.

Le dimanche 16 juillet 1917 l'enfant est subitement pris de violentes douleurs au côté droit du ventre avec vomissements bilieux. Admis à l'hôpital d'urgence le 17 juillet.

Après examen du malade on conclut à un abcès appendiculaire collecté s'étendant en bas et en dedans depuis la région appendiculaire jusqu'à l'épine du pubis. Température aux environs de 38°.

Le 9 août on supprime les mèches et on panse à plat.

Guérison complète et sortie le 29 août. L'enfant n'est pas revenu pour l'appendicectomie.

OBSERVATION XII

C... Myriam, 12 ans 1/2. Entre dans le service le 1^{er} septembre 1917 pour douleurs abdominales. Depuis six mois environ l'enfant souffre du côté droit du ventre et souffre plus violemment depuis deux jours, a de la fièvre (38°3) et de la diarrhée. Légère insomnie.

État actuel (2 septembre). — État général médiocre, teint subictérique, ni selles, ni gaz depuis son entrée.

Ventre douloureux contracturé à droite et à gauche.

Le toucher rectal provoque de la douleur en avant. Température : 38°8.

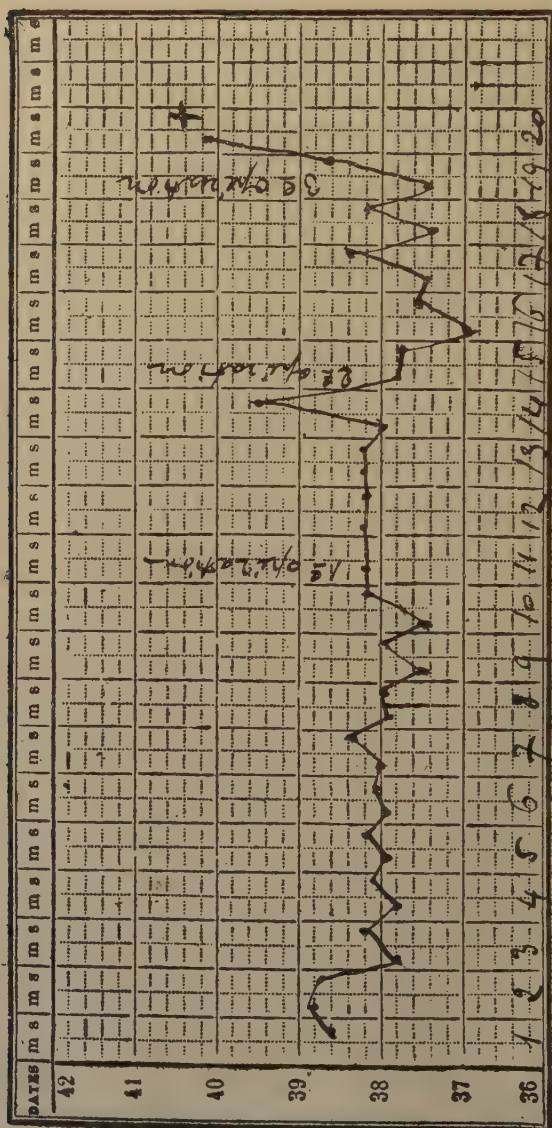
Les jours suivants la malade continue à souffrir et on constate à la palpation un empâtement en bas et à gauche près du pubis. L'enfant a quelques frissons ; le 11 au soir la température monte à 39°5, le pouls est à 100 bien frappé.

Opération d'urgence à 5 heures du soir.

Laparotomie (l'observation qui n'a pas été rédigée par nous n'indique pas le lieu de l'incision). On ne trouve pas de collection, on place un drain.

Le lendemain la température tombe à 38°2, les jours suivants le plastron sus-pubien s'étend à gauche arrivant à trois travers de doigts de la crête iliaque gauche ; un peu de sérosité s'écoule par le drain. Le 14 au soir la température monte à 39°5. Le toucher rectal très douloureux fait sentir une énorme masse en avant se propageant surtout à gauche.

Deuxième opération le 14 septembre. — Incision iliaque gau-



Obs. XII. — C... Myriam, 12 ans 1/2.

che, on arrive sur le pôle supérieur de la collection. Trois mè-

ches d'appel sont placées à son contact une autre mèche introduite par la première incision vient au contact du flanc droit de la masse. Les jours suivants la température reste aux environs de 38° mais l'état général reste toujours médiocre ; pas de selles depuis le 14. Quelques vomissements noirâtres peu abondants.

19 septembre. *Troisième opération.* — Par les deux incisions précédentes l'index, introduit crève la paroi de l'abcès. Pus fétide, mal lié, très abondant. Deux drains. Dans l'après-midi issue de pus par le rectum. Le lendemain signes de péritonite généralisée. Température : 40°2.

Décès à midi .

CONCLUSIONS

En résumé, de ces quelques observations et de la discussion clinique qui les précède, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Toute crise d'appendicite qui n'a pu être opérée dans les trente-six à quarante-huit premières heures, doit être suivie, jour par jour, et, nous osons dire heure par heure, avec une minutieuse attention pour pouvoir dépister et diagnostiquer à temps la formation éventuelle d'un abcès périappendiculaire ;

2° Une fois le diagnostic posé, surveiller constamment l'état général et local du malade et être prêt à intervenir chirurgicalement, si l'abstention paraît dangereuse ;

3° L'indication opératoire une fois posée, savoir ne pas attaquer toujours de front la collection périappendiculaire lorsqu'il n'y a pas d'adhérences à la paroi ; appliquer alors le procédé de la mèche d'appel, dont les résultats heureux dans la plupart des cas, permet-

tront au malade de soutenir à peu de frais la lutte et d'attendre que tout processus suppuratif et inflammatoire soit éteint pour pratiquer l'appendicectomie dans les meilleures conditions possibles : d'asepsie, en ce qui concerne le chirurgien, et d'un état général favorable en ce qui concerne le patient.

Vu : le Président,

A. BROCA

Vu : le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer :

le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

- Bérard et Patel.** — Traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire (*Rev. de gynécologie et de chirurgie abdominale*, septembre-octobre 1903).
- Bérard et Vignard.** — L'appendicite (Masson, 1914).
- Bergasse.** — Appendicite rétro-cæcale (*Bull. de la Soc. méd. Chirurg. de la Drôme et de l'Ardèche*, mars 1908).
- Boneille.** — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des abcès péri-appendiculaires rétro-cæcaux (*Thèse de Lille*, 1913).
- Broca.** — Les abcès pelviens de l'appendicite (*Bull. méd.*, 1901, n° 51, page 589).
- Cavaillon et Chabanon.** — Les suppurations rétro-péritonéales d'origine appendiculaire (*Prov. méd.*, 16 mars 1907).
- Chevalier.** — De l'appendicite pelvienne (*Thèse Paris*, 1899-1900).
- Couraud.** — Psoïtis et appendicite (*Thèse Lyon*, 1894).
- Delbet (Paul).** — Iléo-psoïte d'origine appendiculaire.
- Dormoy.** — Appendicite pelvienne (*Thèse Lyon*, 1897).
- Esnault.** — Contribution à l'étude de l'appendicite, particulièrement à siège pelvien (*Thèse Paris*, 1897-1898).
- Gangolphe.** — Psoïtis et appendicite (*Lyon méd.*, 1894, p. 582).
- Lardennois.** — Iléo-psoïte et appendicite (*Congrès fr. de chir.*, 1907, séance du 8 octobre).
- Loison.** — *Revue de chirurgie*, 1895, page 22.
- Mariage.** — Contribution à l'étude des interventions chirurgicales dans les inflammations péricæcales (*Thèse Paris*, 1891).

- Mériel.** — Appendicite rétrocæcale (*Toulouse médical*, 15 mai et 1^{er} juin 1912).
- Quénu.** — *Revue de chirurgie*, 1895, page 708.
- Rocher (Louis).** — De l'appendicite pelvienne et iléo-pelvienne chez l'enfant (*Arch. gén. de méd.* 27 février et 6 mars 1906).
- Roger.** — Psoïte et appendicite (*Presse médicale*, 15 septembre 1900).
- Schwartz.** — *Revue de chirurgie*, 1895, page 794.
- Sénéchal.** — Contribution à l'étude de l'abcès pelvien appendiculaire. Localisations diverses (*Thèse Paris*, 1908).
- Vignard.** — Des suppurations rétrocæcales et, rétrocoliques intra-péritonéales d'origine appendiculaire. (*Prov. médical*, 30 mars et 6 avril 1907).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION.	11
CHAPITRE PREMIER. — Péritonite appendiculaire localisée.	16
CHAPITRE II. — Les diverses localisations de l'abcès appendiculaire	20
§ 1. — Forme rétrocæcale	21
§ 2. — Forme pelvienne.	25
§ 3. — Autres formes.	26
CHAPITRE III. — Technique du Méchage d'Appel.	27
CHAPITRE IV. — Observations.	31
CONCLUSIONS	52
BIBLIOGRAPHIE	54

